

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

539

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André-Gustave-Marie GARNIER

Né le 11 janvier 1904, à Nantes (Loire-Inférieure)
Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

LES PHLEGMONS PROSTATIQUES

LEUR TRAITEMENT PAR VOIE URÉTRALE
SELON LA MÉTHODE DU DOCTEUR GOURDET

Président : M. FÉLIX LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André-Gustave-Marie GARNIER

Né le 11 janvier 1904, à Nantes (Loire-Inférieure)
Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

LES PHLEGMONS PROSTATIQUES

LEUR TRAITEMENT PAR VOIE URÉTRALE
SELON LA MÉTHODE DU DOCTEUR GOURDET

Président : M. FÉLIX LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE,
	MULON et VERNÉ.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Hen-
 ri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAULEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 de GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM

NEVEU LEMAIRE Parasitologie.
 REFTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation*

A MA FEMME

*En faible témoignage de mon
amour et de ma tendresse pro-
fonde.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je leur dois tout, je les assure ici
de toute mon affection recon-
naissante.*

A MES PARENTS ET A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur F. LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A Monsieur le Docteur J. GOURDET

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses con-
seils éclairés. Il fut notre maître
dans l'enseignement de la chi-
rurgie urinaire et nous en
éprouverons toujours une légiti-
me fierté.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

*Qui furent mes initiateurs dans
l'art de guérir.*

A TOUS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

INTRODUCTION

L'étude des phlegmons de la prostate a été traitée bien souvent, et par nos plus grands maîtres. Après tant de voix autorisées, c'est avec beaucoup de modestie que nous aborderons le sujet. Le traitement de cette affection nous intéressera tout particulièrement. Après l'étiologie et la description clinique des phlegmons prostatiques nous passerons en revue les différents modes de traitement utilisés couramment en chirurgie urinaire auxquels sont associés les noms d'une pléiade d'auteurs célèbres. Loin de vouloir opposer une méthode nouvelle aux techniques classiques employées jusqu'à ce jour, nous nous bornerons à soumettre un nouveau mode de traitement et à en démontrer la valeur, la simplicité, l'efficacité en nous basant sur l'étude technique et sur les observations recueillies.

Que ce modeste ouvrage contribue un peu à faciliter le traitement d'une affection si courante en clientèle urinaire et notre but sera atteint !

Nous tenons ici à rendre hommage à M. le Dr Gourdet, chirurgien des Hôpitaux de Nantes, auteur de cette thérapeutique nouvelle qui nous a inspiré le sujet de cette

thèse, et à le remercier des sages conseils, des documents et des observations qu'il a daigné nous fournir pour mener à bien ce travail.

Nous prions M. le P^r Legueu qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse d'agréer l'expression de nos remerciements sincères et de notre reconnaissance respectueuse.

HISTORIQUE

La découverte des inflammations aiguës de la prostate est une conquête des temps modernes. En voici l'histoire. Pour la première fois, au début du XVIII^e siècle, Colot soupçonnait l'existence de cette affection. Il cite deux cas observés par lui. Dans le premier, il s'agissait d'une prostate purulente découverte à l'autopsie ; dans l'autre Colot signalait l'existence, sur le col vésical, « de pointes et de boutons qui pourrissaient et tombaient dans la vessie.

Jusqu'à J.-L. Petit toutes connaissances de la question s'en tinrent à peu près là. Celui-ci cite des cas de prostatite « gonflée et enflammée » avec rétention d'urine et terminaison par abcès. Toutefois l'auteur ne spécifiait pas s'il s'agissait d'une maladie à part n'envisageant l'affection que du point de vue de la rétention et des abcès.

En 1882 la thèse de Dugas crée en quelque sorte la prostatite et lui donne droit de cité dans la pathologie. Pour la première fois, étaient étudiées, les causes, les symptômes, le pronostic à quoi s'ajoutait un traitement qui présente, encore maintenant, des choses fort intéres-

santes. Quelques années plus tard, Begin, puis ensuite Lallemand reprirent la question. Ce dernier donna à la prostatite le nom de folliculite et attira l'attention sur les phénomènes des pertes séminales consécutives à cette affection. Mais c'est à Velpeau que l'on doit l'étude la plus complète des inflammations de la prostate.

Plus près de nous, deux noms dominent toute la littérature contemporaine. Guyon et Segond ont donné, l'un dans ses leçons cliniques, l'autre dans sa thèse inaugurale, une description restée classique.

Depuis de nombreux auteurs modernes et en général tous les chirurgiens urinaires actuels ont étudié la question d'une façon très approfondie.

CHAPITRE I

DESCRIPTION CLINIQUE DES PHLEGMONS PROSTATIQUES

I. — Les prostatites inflammatoires, leur étiologie

Avant d'aborder l'étude elle-même des phlegmons prostatiques nous considérerons les conditions de leur formation. Nous ferons remarquer en passant que nous laissons de côté la question tuberculeux prostatiques pour ne considérer que l'étude des prostatites aiguës inflammatoires.

L'inflammation de la prostate s'explique par la pénétration de germes pathogènes en même temps qu'existent certaines modifications circulatoires. Certains auteurs pensent que l'intervention microbienne n'est pas nécessaire et qu'il existe des prostatites aseptiques. Il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas, la présence d'agents microbiens est manifeste.

Pour réaliser ces conditions : infection pathogène et

troubles circulatoires, il faut considérer des causes diverses prédisposantes et occasionnelles.

Parmi les premières, l'une d'entre elles joue un rôle important — c'est l'âge du sujet — chez l'enfant on ne trouve nulle part mention de prostatite suppurée ou non, bien que celui-ci soit, parfois, atteint d'urétrite. Segond cite le cas d'un malade de 19 ans, pas de plus jeune. Oraison cite dans un extrait de son rapport : 181 malades atteints de prostatite suppurée avaient de 16 à 60 ans. Il ressort de ces chiffres que la prostatite est surtout une maladie, sinon de l'enfance, tout au moins de l'adolescence et de l'âge mûr concordant avec la période d'activité sexuelle. Rare de 60 à 80 ans elle est tout à fait exceptionnelle avant la puberté. Cela tient à ce que la prostate n'a pas acquis encore son complet développement et qu'elle ne remplit encore aucunes fonctions. D'autre part l'enfant est beaucoup moins sujet que l'adulte aux sondages et aux injections, enfin moins exposé aux contusions chroniques et aux modifications circulatoires. Chez les gens très âgés au contraire chez lesquels l'affection est rare, l'activité de la glande n'existe plus ou tout au moins a beaucoup diminué et s'est tournée en adénome. A côté de l'âge de l'individu il put considérer comme agissantes les causes que nous fournissent les troubles de la diathèse. Le diabète, la scrofule, l'arthritisme sont particulièrement incriminés, au point d'avoir été accusés à eux seuls, par certains, de déterminer la prostatite sans l'intervention d'autres causes. Elles créent, et c'est indiscutable, un terrain préparé, favorable aux infections, infections urétrales en

particulier. Elles agissent surtout en entretenant, pour ainsi dire, les urétrites, et, en favorisant la localisation à l'urètre postérieur d'où l'infection se propage rapidement à la prostate.

La prostate subit en outre l'influence de toutes les causes congestionnantes. On a incriminé les habitudes sédentaires (maladie des instituteurs, employés de bureau). La constipation, la congestion hémorroïdaire entrent aussi pour une large part dans les causes prédisposantes de la prostatite. On ne saurait passer sous silence les excès génitaux (coït répété, masturbation) autant de causes favorisant la stagnation sanguine et congestionnant la prostate qui selon l'expression de Hogge « baigne dans le petit bassin comme dans un lac sanguin ». En effet n'oublions pas que le plexus périprostatique est relié avec le plexus de Santorini en avant, le plexus hémorroïdaire en arrière et avec la veine cave et la veine porte. Cette solidarité des plexus veineux explique le retentissement réciproque possible dans le cas des phénomènes congestifs. Nous mentionnerons enfin en dernier lieu l'influence prédisposante de diverses contusions chroniques (abus du cheval, de la bicyclette). Il est évident qu'un organe chroniquement traumatisé constitue un terrain tout préparé pour l'infection.

A côté de ces facteurs prédisposants, la part la plus importante doit être faite aux causes déterminantes de l'inflammation prostatique. Ces causes agissent indirectement ou directement. Les maladies infectieuses seront considérées comme déterminantes, d'une façon indirecte de cette affection. On a incriminé tour à tour les oreillons,

la variole, les angines, la goutte, la pneumonie, la grippe, autant d'affections qui n'ont de signification pathologique que parce qu'elles agissent en tant que cause pathogénique provoquant une infection métastatique. Toutefois s'il fallait s'en tenir à ces seules affections, l'étiologie directe des phlegmons prostatiques serait pauvre. Combien d'autres lieux de localisation ont engendré ces différentes affections ? C'est pourquoi nous insistons particulièrement sur les causes directes déterminantes, lesquelles sont multiples.

Un sondage mal fait, une « fausse route », une exploration septique provoquant une éraillure de la muqueuse sont susceptibles de provoquer une inflammation de la glande.

Hogge, Noguès et Le Fur prétendent que les maladies de l'intestin, exception faite de la constipation habituelle et des hémorroïdes — rectite, rétrécissement et fistules dont la propagation de l'infection se ferait par contiguïté suivant la voie lymphatique, à la prostate, seraient l'une des causes.

Cependant la cause déterminante la plus fréquente réside dans les inflammations de la vessie et *surtout de l'urètre*. D'après Segond on retrouve la blennorragie seule dans 40 % des cas. Montagnon et Eraud estiment à 70 % les blennorragiens chez lesquels la prostate est envahie ; mais généralement la prostate participe non seulement à l'infection de l'urètre antérieur mais aussi toujours à l'inflammation chronique de l'urètre postérieur.

D'après Oraison nous trouvons sur 712 prostatites

aiguës 232 au cours de l'urétrite chronique et 206 au cours de l'urétrite aiguë soit 438 dues à la blennorragie contre 274 dues à d'autres causes.

De toutes ces considérations, nous sommes amené à étudier quel est l'agent microbien, auteur de l'inflammation prostatique.

L'étude bactériologique des prostatites aiguës montre une grande variété d'agents pathogènes.

La blennorragie est généralement l'occasion de la prostatite aiguë, mais ce n'est pas le gonocoque que l'on rencontre le plus souvent du moins à l'état isolé. D'après des observations récentes, on a pu établir sa présence dans 35 % des prostatites aiguës. Toutefois le gonocoque est associé généralement à d'autres microbes satellites dont il a fait le lit, pour ainsi dire — en particulier au staphylocoque. On rencontre ce dernier environ dans 36 % des cas.

Outre le staphylocoque, l'examen bactériologique a permis de déceler le streptocoque et le colibacille qui existent à peu près dans les mêmes proportions l'un et l'autre mais plus rarement que le staphylocoque. On a pu les trouver en moyenne dix fois sur 100 environ.

Citons avant de terminer l'étude étiologique des prostatites suppurées, le rôle de certains microbes anaérobies. Duval et Cottet ont retrouvé dans un phlegmôn prostatique, le staphylocoque blanc et le bacille *perfringens*.

Leur pathogénie

Comme on a pu le juger précédemment le départ de l'infection est rattaché à des causes multiples autant que diverses tant directes qu'indirectes. Mais quel que soit ce point de départ, quelle est la voie que cette infection peut prendre pour arriver à la prostate ?

Ceci nous amène à traiter de la pathogénie de cette affection, ce que nous ferons aussi rapidement que possible en essayant toutefois de ne pas passer sous silence certains points indispensables. La voie la plus commune, nous l'avons d'ailleurs laissé pressentir précédemment, est la voie urétrale.

L'urètre postérieur, nous le savons, est en communication avec la glande prostatique par de nombreux orifices — correspondant en particulier avec elle par les canalicules des glandes prostatiques. Il existe donc une relation directe entre l'urètre et la prostate. Imaginons un tube de caoutchouc dont on aurait obstrué la lumière par la pression du doigt en deux endroits différents à quelques centimètres l'un de l'autre. Nous obtenons ainsi une sorte de réceptacle clos. De même l'urètre postérieur est fermé, en avant, par le sphincter membraneux, en arrière, par le sphincter vésical, réalisant ainsi une disposition qui favorise la stagnation des microbes et des sécrétions pathologiques résultant de la réaction inflammatoire — stagnation qui devient d'autant plus évidente quand existe un rétrécissement. L'émission de l'urine sous pression a pour résultat, étant donné cet obstacle physiologique et pathologique,

la pénétration de l'urine chargée de sécrétion, de l'urètre postérieur dans les culs-de-sacs glandulaires ; donc propagation directe.

D'après certains auteurs, on peut admettre une pathogénie toute autre, surtout quand il s'agit d'urétrites chroniques. Nous avons, dans ce cas, une paroi urétrale altérée, fissurée, congestionnée, et par là même réceptive à l'infection directe. Celle-ci parvient par voie lymphatique, veineuse — ou même par continuité à gagner la prostate déjà préparée par ses altérations chroniques.

Nous citerons aussi, pour mémoire, la possibilité d'infection à travers la paroi rectale.

En somme la prostate peut être envahie de façons bien différentes les unes des autres — nous l'avons vu. En tirer des conclusions — là n'est pas notre but. Nous n'insisterons donc pas davantage sur la pathogénie de cette affection.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelles que soient la cause et l'origine de l'infection et sa voie de propagation, la prostate atteinte par l'inflammation sera rapidement le siège de lésions où naîtront des phlegmons dont il convient d'examiner rapidement le processus et l'évolution.

L'inflammation amène d'abord une réaction au sein même de la glande avec suractivité de ses sécrétions, puis le pus se collecte. L'abcès est formé. Si l'abcès reste localisé dans la glande c'est la *Prostatite*. Si l'inflammation gagne en profondeur et les tissus périprostatiques en dépassant les limites de la glande c'est la *Périprostatite*, dont nous ne parlerons qu'incidemment. Ces abcès s'ouvrant généralement en dehors dans le rectum, son étude ne saurait intéresser un traitement chirurgical par voie urétrale.

PROSTATITE. Il n'y a pas lieu de décrire longuement ici les deux phases de la prostatite définies par Lallemand et Velpeau (phase glandulaire et phase parenchymateuse),

ni de commenter les travaux de Segond, Finger, Hartmann et Lavenant sur la présence, le point de départ et la voie de propagation de la prostatite parenchymateuse.

Lorsque la prostatite entre dans sa deuxième phase (parenchymateuse) la glande est augmentée de volume rouge, lobulée, et durcie avec une abondante prolifération de l'épithélium du canal sécréteur. Il s'y formera de petits foyers suppurants qui seront, en réalité, autant de petits abcès miliaires. Les parois de leurs cloisons seront bientôt détruites et formeront, par leur réunion, des abcès, parfois importants. Le volume de l'abcès est variable. Même dans le plus gros se trouvent des poches accessoires communiquant par des orifices souvent très étroits, avec la cavité principale.

Exceptionnellement ces abcès se localisent à la partie antérieure de l'urètre. En général, ils sont, en arrière, très rapprochés du canal. Le plus souvent ils en ulcèrent et en perforent la paroi, entrant ainsi en communication avec l'urètre, habituellement sur le côté du « veru montanum. »

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Nous trouverons réunis, dans la prostatite aiguë d'origine blennorragique, la plus fréquente, tous les symptômes qui signalent les prostatites aiguës en général.

Ils surviennent au déclin de l'infection urétrale, entre le douzième et le vingtième jour rarement avant. A ce moment l'infection a gagné l'urètre postérieur soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement mal fait. Parfois aussi, il faut en attribuer la cause à l'imprudence des malades chez lesquels les phénomènes aigus ont disparu ou seulement diminué et qui se croyant guéris, relâchent leur traitement, tout en se livrant à des excès de tous genres qui facilitent la propagation de l'infection.

Pendant la phase de prostatite catarrhale ou folliculaire, les symptômes n'attirent guère l'attention, se confondant avec ceux de l'urétrite postérieure. Le malade accuse des mictions douloureuses, des besoins impé-

rieux. Il se plaint de tension, de gêne et douleurs au fond du périnée. A l'épreuve des deux verres, les deux urines sont troubles. La fin de la miction se signale par l'expulsion de filaments en virgule et punctiformes, qui, examinés au microscope, révèlent la présence de globules de pus agglomérés et de cellules épithéliales cylindriques. Ces filaments viennent bien de la prostate car ils seront en grand nombre dans le second verre après massage prostatique. Au toucher rectal, on ne trouve rien de bien particulier, à part, quelquefois, la présence de petits nodules durs et proéminents qui sont autant de petits foyers folliculaires.

En résumé, nous le voyons, le début de la prostatite aiguë est souvent insidieux. Dans d'autres cas, au contraire, elle débute par un frisson violent, quelquefois une rétention aiguë et des phénomènes très pénibles et très douloureux au moment de la défécation. Que l'envahissement soit insidieux ou brusque, les phénomènes douloureux ne tardent pas à devenir très intenses.

Du côté du périnée et de l'anus, la douleur se localise, très violente, douleur sourde, comparée par certains à l'introduction d'un fer rouge dans l'anus, douleur s'irradiant dans la verge, dans la partie postérieure des cuisses, dans les régions lombaire et sacrée. Elle empêche tout repos interdisant toute position assise dans le lit. Les troubles de miction existent toujours. Le malade ressent des brûlures et des besoins d'uriner, fréquents et impérieux, mais il éprouve une grande difficulté à expulser l'urine. Quelquefois il y a rétention complète causée soit par le gonflement de la glande soit par un spas-

me réflexe de la portion membraneuse. La verge entre en érection douloureuse avec suintement léger du méat.

Du côté du tube digestif les troubles ne sont pas moins nets. Le malade éprouve une sensation de lourdeur à l'anus. La constipation est toujours accusée, le ténesme très pénible, la défécation extrêmement douloureuse surtout au moment du passage du bol fécal. La langue est sale, quelquefois sèche, la soif est vive, parfois même il se produit des vomissements.

En même temps que les symptômes locaux, apparaissent les symptômes généraux. La température s'élève généralement et peut atteindre 39° et plus et s'accompagne de frissons. Le malade aura de bonne heure l'aspect fatigué. ~

Le toucher rectal fournira les renseignements les plus précieux. Cette exploration sera très douloureuse. Le sphincter d'abord, contracté à l'extrême, oppose un obstacle sérieux au doigt explorateur. La prostate est fortement augmentée de volume, et cette augmentation, porte soit sur un lobe, soit sur toute la glande. Dans le 1^{er} cas on sent une des moitiés de la prostate très volumineuse et nettement séparée de l'autre. Dans le second cas la prostate a perdu sa forme normale. L'augmentation de volume gagne en hauteur et il est possible de percevoir les vésicules séminales qui sont quelquefois bosselées et tendues. Le bas fond de la vessie est sensible car il existe presque toujours un certain degré de périprostatite.

Quant à l'examen par voie urétrale, il n'est guère susceptible de donner des renseignements importants,

Telle est la forme habituelle de la prostatite aiguë qui dure en général de 8 à 10 jours et se termine par résolution ou par suppuration, rarement par passage à l'état subaigu ou chronique.

Nous parlerons très rapidement de la forme subaiguë des abcès prostatiques. Les symptômes en sont insidieux. Ils se manifestent par un suintement léger à l'extrémité du méat, ou par un frisson accompagnant une élévation de température. Autant de symptômes qui donnent peu de renseignements en eux-mêmes.

Il s'agira, dans la majorité des cas, d'un réveil urinaire blennorragique chronique. Le seul moyen pouvant guider l'examen nous est fourni par le toucher rectal. Legueu insiste particulièrement sur l'importance qu'il présente en pareil cas, permettant de déceler l'abcès que l'on trouvera enkysté à l'intérieur de la glande, abcès, par conséquent, intra-prostatique.

Traitement chirurgical

Voie rectale.

Il existe plusieurs modes classiques d'intervention chirurgicale, dont chacun est régi par la voie d'accès possible à la glande. Nous savons que la prostate est en rapport avec le rectum, d'autant plus facilement que, dans le cas des phlegmons, la glande est tuméfiée et hypertrophiée, faisant une saillie très nette dans l'ampoule rectale. C'est donc là une voie d'accès toute trouvée. Certains auteurs — Oraison en particulier — la préconisent, se basant sur ce fait que l'abcès faisant

saillie dans le rectum raccourcit le chemin à parcourir pour l'atteindre et facilite, par là même, l'incision. Après purgation, la veille, et grand lavage intestinal, on place le malade sous-anesthésie dans le décubitus latéral droit en ayant soin d'allonger la jambe droite et de replier la gauche. On introduit alors dans l'anus un spéculum de Trélat ou une valve de Sims afin de mettre à découvert la région prostatique, ensuite on pratique un grand lavage, puis à l'aide d'un doigt on recherche le point d'élection de l'incision en ayant bien soin d'éviter les battements artériels. On incise franchement sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Introduisant alors le doigt dans la cavité on détruit les cloisons et on évacue le pus. Après lavage antiseptique on place une mèche de gaze ou un gros drain sortant par l'anus. Pendant les 3 ou 4 jours qui suivront l'opération, on aura soin de constiper le malade. Le quatrième jour on le purgera, la mèche sera alors expulsée et n'aura plus besoin d'être remplacée.

En résumé, intervention qui paraît assez simple, nous venons d'en donner un rapide aperçu. Nous verrons plus tard si elle ne peut être l'objet de critiques.

Voie périnéale.

Un autre chemin d'accès à la prostate, peut-être le plus couramment employé, est la voie périnéale. On pratique une incision en croissant, à concavité postérieure à quinze millimètres environ, en avant de l'anus. Après l'introduction de l'index gauche dans le rectum on accroche, à l'aide du pouce gauche, la lèvre posté-

rière de l'incision que l'on attire en arrière. Le sphincter sera tendu de façon à permettre l'incision de ses fibres antérieures. On a ainsi à découvert les parties profondes. Il faudra éviter le bulbe de l'urètre que l'on décollera à l'aide d'une sonde cannelée. Ceci fait, il restera à disséquer la paroi antérieure du rectum que présentera l'index gauche. On arrive ainsi au foyer purulent que l'on ouvre à l'aide de la sonde cannelée ou du bistouri. Si l'abcès est petit il suffira d'abaisser la prostate avec le doigt rectal. Une fois la prostate ainsi ponctionnée, on crée une cavité en introduisant le doigt par l'ouverture, tout en détruisant les brides qui cloisonnent les divers foyers. Il suffira ensuite de drainer et tamponner à l'aide de gaze mollement tassée.

Voici en quelques lignes quelle est la technique de l'incision périnéale. Nous verrons dans un prochain chapitre quels sont ses avantages et quels peuvent en être ses inconvénients.

Prostatectomie transvésicale.

Nous citerons, ici, pour mémoire, un mode de traitement proposé il y a quelque vingt-cinq ans pour la première fois, consistant à pratiquer la prostatectomie transvésicale. Cette méthode s'appliquant dans des cas graves de suppuration continuelle et chronique de la glande n'est, depuis, presque jamais pratiquée.

Voie urétrale.

Les abcès prostatiques abandonnés à eux-mêmes s'ouvrent presque toujours dans l'urètre, aussi serait-il

naturel d'utiliser cette voie en thérapeutique chirurgicale. Dugas, Lallemand et Velpeau ont préconisé, jadis, l'utilisation de cette voie. Velpeau avait même imaginé dans ce but une sonde conique spéciale que l'on introduisait dans le canal. Une fois cette sonde en place on glissait un doigt dans le rectum pour soutenir la prostate et on enfonçait le cathéter dans la glande à travers la paroi postérieure de l'urètre. Le pus s'évacuait alors par la sonde. Ce procédé est actuellement tombé dans l'oubli. Nous serons amené à parler tout à l'heure d'un traitement nouveau, utilisant cette même voie, à l'aide de l'instrumentation du Dr Gourdet, de Nantes.

Cette étude fera l'objet d'un chapitre spécial. Après la description de l'instrumentation, nous donnerons son mode d'emploi. Nous compléterons enfin ce travail par des observations cliniques recueillies dans le service des voies urinaires de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Voie rectale

L'ouverture spontanée par le rectum est une conclusion fréquente des phlegmons prostatiques. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette voie ait été choisie par beaucoup de chirurgiens, comme moyen de traitement. L'abcès bombant souvent dans le rectum fait que le chemin à parcourir pour l'atteindre est court et rend l'incision facile.

Toutefois, à côté de ces avantages, il faut songer aux inconvénients possibles. Par exemple, la plaie ainsi pratiquée sera en contact avec les matières fécales, facilitant ainsi des infections surajoutées qui peuvent être graves. Nous ferons remarquer cependant que les ouvertures spontanées par le rectum guérissent assez rapidement comme d'ailleurs toutes les ouvertures rectales d'abcès pelviens.

Cette voie est-elle aveugle ? L'opérateur risquerait-il de sectionner des vaisseaux importants ? Cela paraît peu plausible, à condition d'opérer « à ciel ouvert » suivant le procédé décrit plus haut qui permet de voir le vaisseau qui saigne et de le lier. En somme l'ouverture rectale des abcès prostatiques est une bonne opération que l'on devra réserver, toutefois, aux cas où l'abcès fera saillie dans le rectum et où le pus aura tendance à s'évacuer par la cavité rectale.

Voie périnéale

La voie périnéale semble actuellement avoir conquis la préférence de la majorité des chirurgiens. La faveur qu'elle a obtenue est fondée sur la possibilité d'une ouverture suffisante, d'une évacuation facile et complète du pus et d'un examen approfondi de la cavité.

A ces avantages s'ajoutent la facilité des tamponnements et de l'application des pansements, enfin la possibilité d'éviter une fistule uréthro-rectale.

Tous ces avantages de l'incision périnéale sont réels. On pourra toutefois leur opposer quelques inconvénients que nous nous permettrons de relever. Si la voie périnéale, par exemple, permet d'éviter la production de fistules uréthro-rectales, elle ne met pas à l'abri de la possibilité des fistules uréthro-périnéales qui sont assez fréquentes et dont la guérison demande souvent un temps très long. Au surplus l'incision périnéale constitue une véritable intervention chirurgicale nécessitant un opérateur doué d'un tempérament spécial et faisant de l'inter-

vention un acte réservé uniquement au spécialiste.

D'autre part, le temps de la guérison de l'incision périnéale est encore relativement long même s'il ne survient pas de complications, et s'il y a suppuration prolongée elle peut produire des noyaux calleux dans le périnée et toujours une cicatrice plus ou moins dure.

Dans un autre ordre d'idées, cette opération laissera des traces, lesquelles sans être qualifiables de tares n'en seront pas moins désagréables pour l'individu qui en sera pourvu, particulièrement pour les candidats au mariage.

Autant de facteurs qui, loin de vouloir faire rejeter catégoriquement ce procédé, permettent, toutefois, d'affirmer qu'il ne doit pas être universel en l'appliquant systématiquement dans tous les cas.

Prostatectomie transvésicale

Nous ne ferons pas la discussion du traitement par prostatectomie transvésicale, nous avons dit précédemment dans le chapitre des traitements quelles pouvaient en être les indications.

Voie urétrale

On a discrédité de nombreuses fois la voie urétrale comme chemin d'accès à la prostate, voie naturelle pourtant nous l'avons vu, puisque le pus a tendance à s'évacuer généralement par l'urètre. On a dit que cette voie ne donnait pas à la suppuration une issue régulière et facile favorisant les périodes alternantes de réplétion

et d'évacuation de l'abcès surtout en cas d'incisions minuscules à l'aide des petits bistouris urétroscopiques.

Ce reproche ne pourrait s'appliquer qu'aux abcès livrés à eux-mêmes, mais non à ceux dont on aide méthodiquement et régulièrement l'évacuation. La guérison est alors la règle dans un délai de quelques jours.

On a prétendu également que la cavité de l'abcès étant ouverte à l'urine, celle-ci se mélangeait au pus — d'où la possibilité des phénomènes de résorption très graves. Second reconnaît lui-même avec Le Dentu qu'on s'est beaucoup exagéré la fréquence et le danger de la pénétration de l'urine dans la cavité de l'abcès. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que nous voyons tous les jours des plaies sur lesquelles l'urine se répand sans aucun inconvénient, en particulier la plaie de la prostatectomie haute ou basse.

Un autre reproche consiste à dire que la cavité se fermant facilement du côté de l'urètre, l'abcès gagne en profondeur, détruit les tissus et aboutit à la formation des fistules ou de fusées purulentes dues surtout à l'étroitesse de l'orifice, qui ne permet pas l'évacuation et la rétraction de la poche.

Les fistules, déjà rares autrefois, le sont encore bien davantage aujourd'hui. Elles ne communiquent pas avec le canal, puisque l'abcès se ferme de ce côté. Quant aux fusées purulentes elles ne sont guère à craindre que si l'abcès se vide mal. Un peu de surveillance suffit pour éviter cette complication. Il suffira de pratiquer quelques massages de la glande et d'aseptiser le foyer par de grands lavages uréthro-vésicaux.

Enfin, on a qualifié de brutaux, d'aveugles et par conséquent de dangereux tous les procédés utilisant la voie urétrale. Si l'on évoque la ponction utilisée jadis à l'aide d'une simple sonde que l'on enfonçait avec force dans la glande, ces reproches sont facilement acceptables. Quoiqu'il en soit l'emploi de la voie urétrale nous semble très légitime. Elle est à la portée de tous n'exigeant aucun tempérament chirurgical. Elle donne des résultats concluants et rapides.

L'instrumentation du D^r Gourdet que nous allons décrire dans le prochain chapitre ouvre des vues nouvelles quant à la précision et l'innocuité du traitement des phlegmons par voie urétrale. Nous nous permettrons de la préconiser.

Au Congrès d'Urologie de 1926 le D^r Gourdet disait (1) :

« L'instrumentation que je présente aujourd'hui dérive de l'idée d'atteindre la prostate jusque dans la profondeur de son parenchyme par la voie endo-urétrale à l'exclusion absolue de la voie rectale ».

Cette idée m'est venue à la suite d'une communication à la Société Argentine d'urologie de Buenos-Ayres (1924) par le D^r Carlos Matta sur les prostatites blennorragiques chroniques et leur traitement par les injections intra-prostatiques transrectales d'électrargol.

J'ai donc d'abord cherché une aiguille puis une lan-

(1) Quelques mots d'éclaircissement ont été ajoutés de ci de là au texte primitif.

cette pour les abcès prostatiques puis imaginé divers autres organes opératoires dès que j'ai eu arrêté mon choix sur un modèle de cathéter vecteur inoffensif de ces divers instruments opératoires.

Mon choix (fig. 1) s'est porté sur le tube urétroscopique courbe de Luys, type qui paraît très peu employé et que je reproduis figure 1.



Fig. 1. — Tube courbe de Luys

Ce tube présente plusieurs avantages ; d'être habituellement d'une introduction très facile et de pouvoir être employé, soit avec l'éclairage électrique normal de Luys, soit *surtout*, en collaboration facile avec le toucher rectal.

Le but est de repérer au doigt l'arrêt de la fenêtre ovale sur la région qu'on veut attaquer. Son genre de courbure permet de l'orienter dans des directions très variées : d'avant en arrière d'abord, selon son enfoncement et aussi selon les génératrices d'un cône de rotation autour du centre de sa fenêtre ovale. En outre, j'ai fait creuser son extrémité d'un pas de vis femelle (*Assoc. Fr. d'Urologie*) moins pour faciliter l'introduction, mais, plus, afin que la bougie conductrice le guide, et empêche son déplacement pendant les manœuvres opératoires. Il en résulte que tous les instruments adaptés à ce « tube-guide » ont le diamètre du mandrin introducteur

et à plein canal. Ils nécessitent donc l'enlèvement préalable de l'éclairage si on s'en est servi.

1° Le premier mandrin opérateur est une aiguille ex-

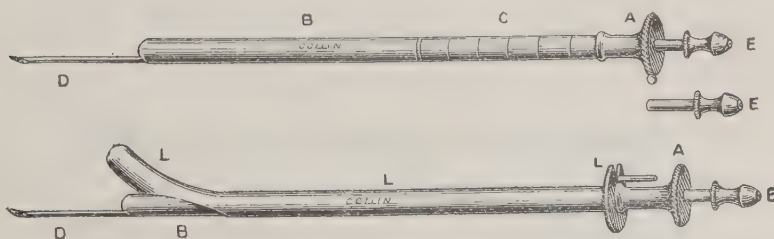


Fig. 2. — Aiguille à injections parenchymateuses dans la prostate

centrée (fig. II) dont on connaît toujours la saillie grâce à une graduation sur sa tige cylindrique.

L'aiguille est excentrée pour pouvoir varier très notablement le point piqué suivant la tangente choisie dans le tube ; sa situation est toujours connue grâce au bouton repère du pavillon semblable au repérage d'un cystoscope ;

1° De tous, l'instrument le plus simple est une lan-

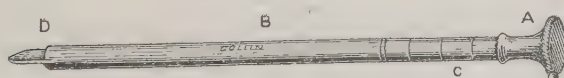


Fig. 3. — Lancette pour phlegmons prostatiques

cette (fig. III) insérée au bout d'une tige identique à celle de l'aiguille excentrée.

Cette lancette permet d'ouvrir facilement des abcès prostatiques volumineux sur lesquels le tube de Luys a

été bien dirigé et repéré par le toucher rectal. C'est l'usage et la technique d'emploi de cette lancette qui fait l'objet de ce travail et qui seront détaillés complètement plus loin ;

3° Notons dans le même groupe d'instruments un

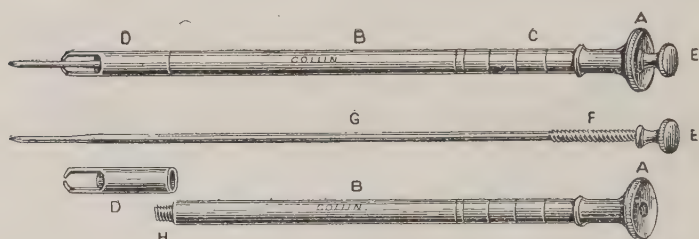


Fig. 4. — Emporte-pièces pour biopsies de la prostate

emporte-pièce à biopsie (fig. IV) que nous croyons utile de faire connaître ici, sans oublier :

4° Une curette (fig. V) pour râcler des débris récalcitrants de calculs après lithotritie. Dans ce cas on enfonce

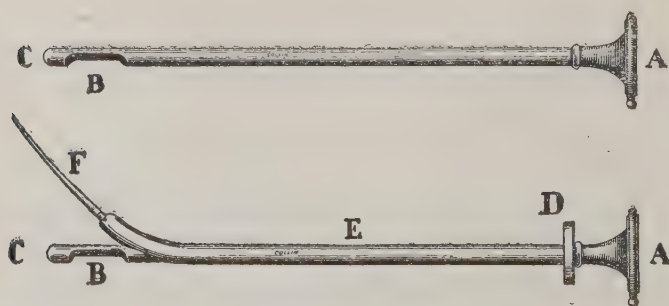


Fig. 5. — Curette pour le bas-fond vésical

davantage l'instrument et on travaille sur le bas-fond vésical, après repérage cystoscopique, si l'on ne possède pas de cystoscope-pince, évidemment bien préférable, mais d'un prix très élevé.

CHAPITRE V

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

I. — L'Instrumentation

Pour bien saisir tous les détails opératoires et leurs raison d'être, il est bon de décrire minutieusement, l'instrument spécial pour l'incision des phlegmons prostatiques par voie endo-urétrale.

C'est un tube courbe de Luys un peu modifié et allongé puisqu'il n'y a pas à s'astreindre à des longueurs déterminées par la longueur focale d'une lentille. Son diamètre reste du n° 52 beniqué.

Son bec mousse et arrondi est creusé d'un pas de vis femelle (*Assoc. Fr. d'Urologie*) mais pour éviter l'encrassement fatal d'un si petit conduit ce bec de sonde doit être formé d'une petite pièce démontable à vis, pour que le canal fileté puisse être nettoyé complètement après emploi (fig. 6).

On peut utiliser des bougies conductrices spéciales d'un modèle court et à embase élargie en cône que

M. Eynard a fabriquées pour cet objet, ou, plus simplement, des bougies filiformes ordinaires que l'on a sous la main et qui peuvent, si on le désire, servir à placer une sonde à bout coupé.

Le mandrin obturateur ordinaire de la fenêtre ovale

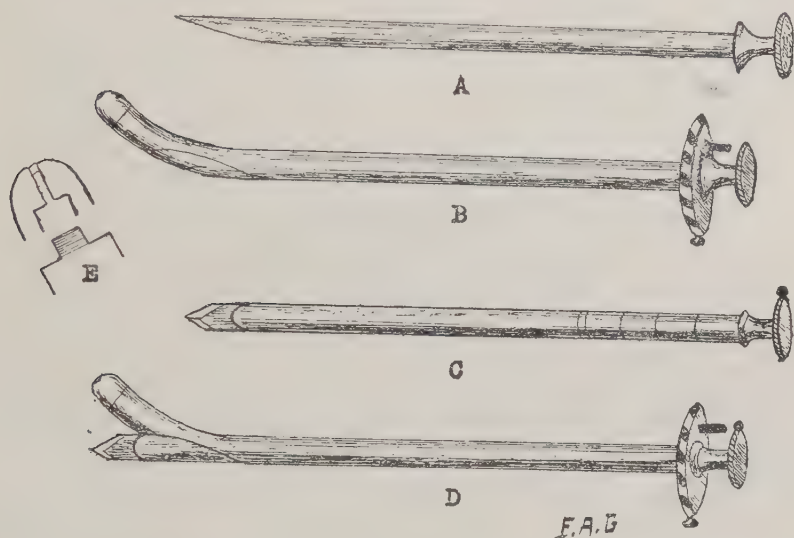


Fig. 6. — Dernier modèle de l'instrumentation complète du Dr GOURDET pour les phlegmons prostatiques — A = le mandrin — B = le tube vecteur complet — C = la lancette et sa tige — D = la lancette sortant par le fenetre ovale.

n'a subi aucune modification si ce n'est son allongement coordonné à celui du tube.

Dans le modèle Luys, celui-ci se termine par un plateau circulaire lisse assez difficile à tenir en main. Il a été remplacé par un disque beaucoup plus épais, et surtout, pourvu, sur sa circonférence, de fortes cannelures qui en rendent la préhension facile et solide sans pouvoir glisser dans la main.

Dans le canal du tube vecteur, une fois le mandrin retiré, coulisse librement une tige (du même calibre) terminée par une lancette à pointe excentrée et d'une longueur suffisante pour que, poussée à fond (même fig. 6) la lancette et son embase sortent complètement par la fenêtre du tube vecteur.

Une graduation gravée sur la tige de la lancette permet d'en connaître à chaque instant la saillie hors de la fenêtre. Que l'on veuille bien observer que, grâce à sa pointe excentrée, l'angle qu'elle forme avec la convexité du tube vecteur varie ; ce qui est une nouvelle manière d'augmenter ou de diminuer la profondeur de section. Un bouton repère sur les pavillons permet de toujours connaître l'orientation de la fenêtre et celle de la lame de lancette.

Cette instrumentation étant entièrement métallique et lisse et très simple, est très facile à stériliser par la chaleur.

II. — L'opération

Tout étant prêt, le malade est placé en position périnéale sur la table à cystoscopie. Après les désinfections usuelles et sous anesthésie générale, ou, mieux, à l'épidurale (car la rachi-anesthésie est inutile) le tube muni de sa filiforme et de son mandrin est introduit jusqu'à la région prostatique où par toucher rectal l'attend l'index gauche ganté (fig. 7).

Ce doigt a pour mission de repérer le bord antérieur de la fenêtre ovale du tube. Si l'on sentait peu distincte-

ment cette fenêtre trop mal obturée par son mandrin, rien n'est plus facile que de la rendre très nette et de bien sentir son rebord. Il suffit de retirer le mandrin de un millimètre environ, deux au plus.

On enfonce alors le tube jusqu'à ce que le doigt ne



Fig. 7. — Par le toucher rectal, l'index gauche repère, contrôle et dirige toutes les manœuvres

sente plus la fenêtre entièrement disparue dans l'urètre prostatique; ce résultat obtenu on arrête aussitôt l'enfoncement (fig. 8).

A ce moment le tube est exactement dans le plan médian antéro-postérieur. Introduire alors la lancette massacrerait le veru montanum et les canaux éjaculateurs.

Il faut donc comme l'explique le schéma ci-dessus faire tourner le tube selon les génératrices d'un cône en amenant par exemple d'abord le pavillon à droite de

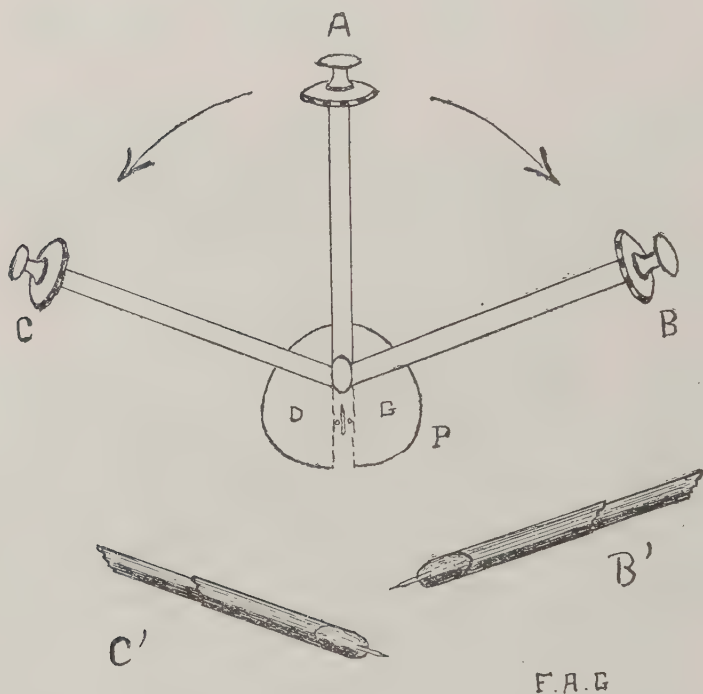


Fig. 8. — Schéma du mode d'action de l'appareil A, position médiane, pour l'introduction seulement (la lancette massacrerait le veru montanum et les canaux éjaculateurs).

BB' position d'incision du lobe droit D de la prostate P
CC' position d'incision du lobe gauche C de la prostate

l'opérateur (gauche de l'opéré) puis donner ce pavillon à l'aide qui doit le tenir rigoureusement immobile, sa fenêtre tournée vers le lobe droit. Pendant ce temps le tube reste encore bien repéré et immobilisé par le doigt

rectal qui ne doit quitter son poste de surveillance que lorsque tout est fini.

La main droite devenue libre retire le mandrin et introduit la tige lancette qui vient labourer très largement le lobe droit prostatique phlegmoneux, et dès ce moment du pus sous pression filtre entre le tube vecteur et la tige de la lancette.

Toujours selon le même schéma, l'opérateur remplace la lancette par le mandrin puis reprend de sa main droite le pavillon cannelé du tube et suivant, en sens inverse, les mêmes génératrices coniques (même fig. 8) le ramène à sa gauche (droite du malade) pour plaquer la fenêtre sur le lobe gauche de la prostate. A nouveau il confie à son aide le pavillon à tenir rigoureusement en place pendant qu'il retirera le mandrin et donnera un coup franc de la lancette.

A chacune de ces deux manœuvres latérales, un flot de pus s'est écoulé par le tube vecteur.

On pourrait augmenter l'incision en enfonçant un peu plus le bloc formé par le tube et la lancette. Mais il faut être prudent dans cette manœuvre qui pourrait être dangereuse et, peut-être, fendre le col lui-même. La nappe purulente suffit à écarter à la périphérie, les vaisseaux qui sont hors d'atteinte; aussi le saignement n'est-il pas considérable.

L'auteur conseille maintenant de toujours utiliser une bougie conductrice, qui, en cas de manœuvres hésitantes, empêche de perdre le col et d'enfoncer par erreur le bec du tube dans le lobe incisé.

Cela permet aussi, si on le juge utile, de placer une

sonde à bout coupé. Le Dr Gourdet n'en n'a jamais mis et ses malades ont vite et bien guéri. En ne travaillant jamais qu'avec l'appareil orienté tantôt à droite, tantôt à gauche selon le schéma, on est sûr de ne pas blesser ni le veru montanum, ou les canaux éjaculateurs; ni le rectum qui peut être très près si la poche est développée surtout latéralement.

Les soins consécutifs sont très simples : antiseptiques urinaires usuels à l'uroformine et lavages uréthro-vésicaux sans sonde qui pourrait s'égarer dans les poches latérales qui se rétractent normalement et spontanément.

Ce n'est que lorsque la guérison paraît complète que l'on peut songer à une vérification du canal prostatique au béniqué ou à l'aide d'un urétroscope à prisme ou à vision directe.

OBSERVATIONS

Obs. I. — M. X., 22 ans, à la suite d'une intoxication grave par erreur de dose médicamenteuse d'un soporifique très employé (le 28 février 1928) est resté pendant six jours dans un état comateux grave qui n'a cédé qu'au dévouement de ces camarades lesquels n'ont pas cessé de lui faire la respiration artificielle combinée aux ballons d'oxygène. Cet état s'est accompagné de rétention d'urine pour laquelle il a été fait deux à trois cathétérismes par jour. Appelé à le soigner vers le vingtième jour (15 mars 1928) on l'a trouvé atteint d'un énorme phlegmon prostatique développé surtout à droite et que sous chloroforme on a pu débrider facilement et largement avec l'outillage décrit dans ce travail, tube et lancette coupante. Le retrait de la lancette a été suivi d'un fort jet de pus sous pression.

Pas de sonde à demeure. Il y a eu un soulagement immédiat avec chute de la température qui était très élevée ; hémorragie modérée les deux ou trois premiers jours, puis tout est rentré rapidement dans l'ordre et le malade a guéri en dix jours environ. Revu souvent ce malade est complètement guéri sans aucune séquelle.

Obs. II. — Aides : M. Pierre Villard. Interné et M. André Garnier et Bernard Lesourd, externes).

M. L., 26 ans, employé des contributions. Atteint de blennorrhagie mal soignée est rentré d'urgence le 12 avril 1929 dans un cabinet du service d'urologie de l'Hôtel-Dieu en rétention d'urine.

Au toucher rectal on trouve un énorme phlegmon prostatique. L'anesthésie épidurale permet l'opération sans aucune douleur. Introduction du tube dans le plan médian, repérage au doigt, de la fenêtre ovale, puis le pavillon est tourné à gauche et donné à tenir solidement à l'aide, M. Pierre Villard, interne du service. Dans cette position le coup de lancette donné largement ouvre à droite la collection prostatique qui ne se vide que de ce côté. Le tube est alors orienté en sens inverse, et le coup de lancette ouvre largement la poche de gauche et après issue de pus abondant la prostate devient flasque. Pas de sonde à demeure. La température élevée tombe le jour même. Suites opératoires excellentes. Le malade, parfaitement guéri, quitte l'Hôtel-Dieu le vingtième jour.

Revu récemment, il va très bien et sa blennorrhagie paraît guérie.

Obs. III. — M. X., sujet polonais, ouvrier métallurgiste, atteint d'une blennorrhagie, qu'il vient irrégulièrement faire soigner, est envoyé par le service de vénéréologie de l'Hôtel-Dieu au service d'urologie chirurgicale. Depuis quelques jours l'écoulement s'était tari alors que des douleurs sourdes au périnée et de plus en

plus pénibles s'accompagnaient d'une dysurie croissante.

Rétention complète le jour de l'entrée.

Au toucher, très volumineux phlegmon prostatique paraissant bien collecté.

Opération d'urgence, immédiate, anesthésie épidurale, introduction du tube muni de sa bougie conductrice, un coup de lancette à droite et à gauche suivi d'évacuation d'un flot de pus.

Suites opératoires normales, guérison rapide.

Obs. IV. — Hôtel-Dieu de Nantes (service des voies urinaires).

M. M... Ben... K..., 35, ans entré dans le service le 4 février 1929. Le malade est envoyé par son médecin pour tenesme rectal, dysurie et sensation douloureuse au niveau du périnée. Température 39°8, pouls 120. Depuis plusieurs mois : blennorragie.

Le toucher rectal révèle une énorme masse prostatique phlegmoneuse les deux lobes étant envahis. Opéré d'urgence sous anesthésie par épidurale. L'incision pratiquée suivant la technique du Docteur Gourdet, par deux coups de lancette donnés successivement à droite et à gauche fait sourdre un jet abondant de pus sous pression.

Le soir même la température tombe à 38°4, le pouls à 100, le lendemain température : 37°8, pas d'hémorragie subséquente. L'amélioration s'opère progressivement. Guérison au douzième jour. Le malade sort de l'hôpital le vingtième jour complètement guéri,

Revenu dans le service plusieurs semaines après l'intervention, le sujet ne présente plus aucune trace de l'affection.

CONCLUSIONS

Les observations ci-dessus permettent de conclure :

1° Qu'il est possible et sans danger d'inciser, par l'urètre, les phlegmons collectés de la prostate ;

2° Que cette opération est efficace et peut donner une guérison rapide ;

3° Que, détail important, elle ne laisse pas d'incision extérieure, dont la cicatrice apparente est une tare pour un homme dont la vie sexuelle n'est pas finie, et cela nous paraît un gros avantage ;

4° Que des accessoires d'éclairage électrique étant inutiles, et l'instrumentation très simple, l'opération est, de ce fait, à la portée de tous les chirurgiens non spécialisés.

5° Il est, donc, désirable qu'on veuille bien étudier et essayer ce procédé.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BARBACCI. — Prostatite suppurative du bactérium coli (*Sperimentale Firenze*, 1892).

BRYANT. — The symptomatology of prostatitis (*J. Am. Méd. Ass.*, Chicago, 1909).

CASPER. — Prostata abcesse. Phlegmonen periprostatitis und phlebitis para prostatica (*Berlin Klin. Woch.*, 1895).

CASTANEDA Y CAMPOS. — Dú phlegmon de la cavité pré-péritonéale de Retzius ou phlegmon pré-vésical (*Thèse Paris*, 1878).

COTTET. — Prostatite suppurée à gonocoques A. F. U. Paris, 1898).

Encyclopédie française d'Urologie. — Tome 6. Maladies de la prostate. Les grands syndromes urinaires (Doin, Paris, 1923).

FINGER. — Sur la prostatite blennorragique (*Wiener Méd. Woch.*, 1895).

FORGUE. — Traité de chirurgie, Duplay et Reclus (Paris, Masson, 1892).

GOURDET. — Instrumentation pour la petite chirurgie prostatique par voie endo-urétrale (*Congrès d'Urologie*, 1926).

GOURDET. — Détails de chirurgie prostatique avec présentation d'instruments urologiques (*Assoc. Fr. d'Urologie*, 1928).

GUILLAIN. — Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et péri-prostatiques par l'incision périnéale (*Thèse Paris*, 1885).

GUYON. — Prostatite aiguë suppurée. Anurie, pyohémie, mort (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1884).

HARRISON. — On acute prostatitis (*Méd. Times and gaz.*, London, 1881).

JANET. — Diagnostic et traitement de la blennorrhagie chez l'homme et la femme (Masson, 1929).

DE FUR. — La prostatite des rétrécis (*Assoc. Fr. d'Urologie*, Paris, 1905).

LE FUR. — La prostatite des cavaliers (*Assoc. Fr. d'Urologie*, Paris, 1910).

LEGUEU et PAPIN. — Précis d'urologie (Maloine, 1921).

LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie (Alcan, Paris, 1900).

LUYS. — Traité de la blennorrhagie (Paris, Doin, 1921).

MALSANG. — De la prostatite aiguë (*Thèse Paris*, 1865).

MARION. — Traité d'urologie, t. II (Paris 1920).

MARION. — Technique chirurgicale. Urologie (Maloine, Paris, 1932).

MINET. — Les suppurations prostatiques et périprostatiques. Formes et traitement (*Thèse Paris*, 1901).

NOGÈS. — Remarques sur les abcès de la prostate (*Assoc. Fr. d'Urologie*, Paris, 1907).

ORAISSON. — Pathogénie et traitement des abcès non

tuberculeux de la prostate (*Assoc. Fr. d'Urologie*, Paris, 1907).

PAUCHET. — Chirurgie de la prostate (Paris, Doin, 1909).

PÉPIN. — Des traitements des abcès non tuberculeux de la prostate, en particulier du traitement par l'incision rectale (*Thèse Paris*, 1909).

ROUTIER. — Cancer et traitement des abcès chauds de la prostate (*Presse Médicale*, 1900).

SAINT-CÈNE. — Les abcès chauds de la prostate au cours de l'hypertrophie prostatique (*Thèse Paris*, 1900).

SAND. — Acute prostatitis following the introduction of a sound (*Med. rec. New-York*, 1880).

SEGOND. — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique (*Thèse Paris*, 1880).

VON-FRISCH. — Les maladies de la prostate (Traduit par Bidlot et Renard-Detty). (Paris, Roussët, 1903).

1932. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
